

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 104

DE LA RUPTURE DANS LE PÉRITOINE

DES

KYSTES DERMOÏDES

DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mars 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

THOMAZOS SGOURDÉOS

Né le 23 Mars 1873, à Constantinople (Turquie)

ancien externe

ex-interne Pré des Hôpitaux de Lyon

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Mars 1898



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA RUPTURE DANS LE PÉRITOINE

DES

KYSTES DERMOÏDES

de l'Ovaire

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 104

DE LA RUPTURE DANS LE PÉRITOINE

DES

KYSTES DERMOÏDES

DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mars 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

THOMAZOS SGOURDÉOS

Né le 23 Mars 1873, à Constantinople (Turquie)

ancien externe

ex-interne Pré des Hôpitaux de Lyon



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Mars 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	{	MM. LÉPINE. BONDET.
Clinique chirurgicale.....		OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.....		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.....		PIERRET.
Physique médicale.....		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.....		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.....		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.....		LORTET.
Anatomie.....		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.....		RENAUT.
Physiologie.....		MORAT.
Pathologie interne.....		TEISSIER.
Pathologie externe.....		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MAYET.
Anatomie pathologique.....		TRIPIER.
Médecine opératoire.....		POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.....		ARLOING.
Médecine légale.....		LACASSAGNE.
Hygiène.....		BARD.
Thérapeutique.....		SOULIER.
Pharmacie.....		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agréé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (Aug.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE { chargés des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions
DEVIC.	ROUX.	DOYON.	BORDIER { d'agréé
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; CHANDELUX, Assesseur
MM. ROQUE et POLLOSSON (A.), Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR A. PONCET

Professeur de clinique chirurgicale

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR DEVIC

Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux de Lyon

DE LA RUPTURE DANS LE PÉRITOINE
DES
KYSTES DERMOÏDES
de l'Ovaire

INTRODUCTION

Nous ne pouvons commencer l'étude de la rupture des kystes ovariens dans le péritoine, qu'en citant en entier la phrase de Nepveu : « Ce sujet n'est pas, comme on pourrait le croire, une simple étude de curiosité. La rupture d'un kyste ovarien dans la cavité péritonéale soulève immédiatement les plus graves problèmes de l'intervention chirurgicale. C'est une question de chirurgie d'urgence, qui se présente rarement, il est vrai, mais pour laquelle il y a intérêt, le cas échéant, à connaître ce qui s'est passé, ce qui a été fait dans des cas semblables. »

Depuis le mémoire de Nepveu, paru en 1875, dans les *Annales de Gynécologie*, nous trouvons deux autres monographies sur la « rupture des kystes ovariens », la thèse de M^{me} Waite, soutenue à la Faculté de Médecine de Paris en 1883, et celle de Lair, présentée à Lyon en 1892. Mais ces derniers auteurs parlent, en général, de la rupture des kystes non dermoïdes.

L'histoire de la rupture des kystes dermoïdes présente certaines particularités que nous indiquerons, chemin faisant, particularités qui nous ont paru assez

intéressantes pour entreprendre, sous l'instigation de M. le Professeur Poncet, à grouper dans un travail d'ensemble tous les cas de rupture de ces kystes, cas épars dans la littérature médicale française, allemande et surtout anglo-américaine.

Puisque le nom de M. le professeur Poncet nous vient sous la plume, n'allons pas plus loin avant de le remercier et de lui exprimer toute notre reconnaissance, non seulement pour la bienveillance qu'il a eue en nous confiant le sujet de notre thèse inaugurale, mais encore pour l'honneur qu'il nous fait en en acceptant la présidence.

Le nom de M. le professeur Soulier restera toujours gravé dans notre cœur, pour la bienveillance et l'intérêt dont il nous a entouré dès le début des nos études médicales.

La part de notre reconnaissance n'est pas moindre pour M. le professeur agrégé Chandelux.

Nous ne saurions omettre d'exprimer nos respectueux remerciements et notre profonde reconnaissance à tous les maîtres dont nous avons eu l'honneur d'être interne ou externe ; MM. les professeurs Ollier, Gayet, Pollosson, Bard ; MM. Gangolphe et Albertin, chirurgiens des hôpitaux et MM. Weill, Vinay, Lannois, Colrat, Pic, médecins des hôpitaux.

Notre maître aimé et vénéré, M. le professeur agrégé Devic, peut être sûr que le souvenir de notre séjour semestriel à l'hôpital de Longchêne n'est pas de ceux qu'on oublie.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

La rupture des kystes dermoïdes de l'ovaire est due à deux grandes causes :

A. *Les traumatismes.*

B. *Les altérations des parois du kyste.*

Les ruptures et la pénétration du contenu des kystes dans le péritoine pendant l'opération seront traitées dans un chapitre à part. On verra qu'au point de vue du pronostic cette scission est d'une importance capitale.

Avant d'aborder l'étude des ruptures dues à un traumatisme, il sera peut-être bon de passer en revue certaines circonstances étiologiques relatives à l'âge de la malade et au volume de la tumeur.

Et d'abord, l'âge de la malade présente-t-il quelques particularités au point de vue de la fréquence des ruptures ?

Nous n'avons pu trouver aucune statistique de ruptures chez les auteurs ; mais on peut indiquer approximativement le moment où on observe les ruptures par l'âge pendant lequel les kystes dermoïdes sont plus fréquents.

D'après Pigné, sur 18 cas de kystes dermoïdes on en a rencontré :

- 5 chez des vierges n'ayant pas 12 ans ;
- 6 chez des filles ayant de 6 mois à 2 ans ;
- 4 chez des fœtus femelles à terme ;
- 3 chez des avortons de 8 mois.

Nous ne citons que comme curiosité le cas de A. Boinet qui a rencontré un enfant du sexe masculin qui a succombé à l'âge de 18 mois, ainsi que ceux observés par Guersant fils; W.-G. Mackenzie a trouvé un kyste dermoïde chez une fillette de 6 ans.

De Sant-Anna a opéré une enfant d'un an pour kyste dermoïde. Mais, malgré ces exceptions, on peut dire, sans crainte d'être démenti, que les kystes dermoïdes de l'ovaire se montrent de préférence à l'âge de l'activité des fonctions sexuelles, c'est-à-dire entre 15 et 50 ans.

Quant à la discussion qui s'est élevée entre certains chirurgiens tels que Lebert, J. Pauly et E. Bosc pour savoir si l'ovaire droit est plus souvent atteint que le gauche, cette discussion, disons-nous, est d'une importance très médiocre.

Ces kystes dermoïdes se rencontrent-ils plus fréquemment chez les femmes vierges ou infécondes que chez les autres ? Quelques auteurs l'ont soutenu, mais, d'après une statistique de J. Pauly, on trouve que sur 118 cas, 65 femmes étaient mariées et 34 avaient des enfants. En somme, on peut dire que la rupture des kystes dermoïdes s'observe le plus souvent entre 15 et 50 ans.

Les kystes dermoïdes sont plus sujets à la rupture

que les autres ; on en trouve la cause dans leur structure anatomique ; en effet, leurs parois, bien qu'en général assez épaisses, sont friables, semées de végétations à l'intérieur ; elles sont sujettes à s'enflammer et peuvent être érodées et perforées par les productions d'ordres divers qu'elles renferment.

Enfin les kystes dermoïdes ont d'ordinaire un pédicule plus long, sont plus lourds et moins volumineux que les kystes non dermoïdes, en un mot, réalisent toutes les conditions prédisposant à la torsion du pédicule qui peut être, ainsi que nous le verrons, une cause de rupture.

A. — Traumatismes

« Lorsque le liquide se déverse ainsi par une ouverture faite à la poche qui le renferme, dit Gallard, la première cause qu'on songe à invoquer c'est le traumatisme. Un coup, une violence extérieure exercée sur la poche distendue, amènera nécessairement l'éclatement de cette poche et le déversement du liquide qu'elle renferme dans la cavité la plus voisine. Il y a, en effet, des cas, et ils ne sont pas rares, où cette cause n'a pu être méconnue. Mais on a certainement exagéré toute action en la faisant intervenir dans des circonstances qui nous semblent absolument insuffisantes, pour qu'elle ait pu produire un tel effet, s'il n'y a pas eu préalablement des modifications de la paroi du kyste ». (Gallard. Leçons cliniques sur les maladies des ovaires, 1856).

Les traumatismes peuvent être divisés en deux catégories.

1° Traumatismes physiologiques.

2° Traumatismes de cause externe.

1° TRAUMATISMES PHYSIOLOGIQUES

Ces traumatismes sont d'ordre très divers ; c'est ainsi que Polard, Percival ont cité des cas de rupture dus à l'action d'un vomitif. Sängér (Soc. gynéc. de Leipzig, in *Centrablatt für Gynec.*, 1881) a vu « un kyste ovarique se rompre spontanément sous l'influence des efforts des vomissements, durant l'anesthésie sur la table d'opération, avant l'incision abdominale. Si le diagnostic n'eût été soigneusement établi d'avance, la disparition de la tumeur eût pu faire croire à une erreur clinique ».

Adrien Pozzi a été témoin d'un fait semblable en 1883, dans le service de Trélat. Demons cite un cas semblable (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux, 1896) ; Lannelongue (*Leçons de clinique chirurgicale*, 1888) et Morison (*Edinburgh Medical Journal*, 1888, T. xxxiv) en citent deux autres. Nous-mêmes nous avons vu une rupture produite dans des conditions identiques à celles de Sängér dans le service de M. le Professeur Poncet (Obs. I).

Dans le même ordre de faits, nous pouvons grouper les ruptures survenant pendant les secousses que produit la toux, pendant l'action de se baisser (Trousseau), les efforts violents, un accès de rire. Mais toutes ces causes n'agissent pas seules ; il est trop évident

qu'elles ne sont pas en rapport avec l'importance du fait produit.

Toutefois, si ces causes n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire, il n'en est pas de même d'un autre traumatisme, physiologique lui aussi, qui est noté par tous les auteurs comme occasionnant fréquemment la rupture des kystes de l'ovaire. Nous voulons parler de la grossesse et particulièrement de l'accouchement.

Les rapports du kyste avec la grossesse sont d'une grande importance. Ils ont fait l'objet d'une excellente description dans la thèse d'agrégation que Rémy a présentée en 1886.

D'après cet auteur nous diviserons les ruptures en ruptures survenues pendant la grossesse et ruptures faites au moment de l'accouchement ou à sa suite.

On considère la grossesse comme une cause éminemment prédisposante à la rupture des kystes. Sur 257 observations de kystes compliquant la grossesse ou la puerperalité, on trouve que 49 femmes, avaient présenté 52 ruptures (Rémy). La rupture est favorisée par certaines causes prédisposantes et efficientes, telles que inflammation des parois, torsion du pédicule, pression, etc., qui s'observent plus spécialement pendant la grossesse et la puerperalité.

Tous les auteurs sont d'accord pour connaître que la grossesse expose la femme aux ruptures. Cet accident a été noté par Barnes ⁽¹⁾, de Sinéty ⁽²⁾, Cousin ⁽³⁾,

(1) The Lancet, 1861.

(2) Traité de Gynécologie, 1879.

(3) Thèse de Paris, 1877.

Grognot ⁽¹⁾, Osterlot ⁽²⁾, Mary Waite ⁽³⁾, Hue ⁽⁴⁾, Nepveu ⁽⁵⁾, Megrat ⁽⁶⁾, Aronson ⁽⁷⁾, Rémy ⁽⁸⁾.

La rupture peut se produire dans les premiers mois comme dans les derniers de la gestation. Pour la rupture qui se produit pendant le premier mois, Nepveu trouve l'explication dans le fait que les deux tumeurs, utérus et kyste, se gênent dans l'étroite filière du bassin, et « chose remarquable, dit-il, c'est toujours à cette époque, lorsque l'utérus est confiné comme le kyste dans le petit bassin, que la rupture a lieu. Dans deux cas, la rupture, arrivée dans les premières semaines de la gestation (Sangalli et Schmith) a amené la mort.

Quand les kystes sont relativement volumineux, ils distendent exclusivement la cavité abdominale. Ils sont donc sujets à une compression de tous côtés qui les expose à éclater vers le point le plus faible. Doumairon ⁽⁹⁾ rapporte dans sa thèse l'opinion de Kœberlé qui pense que toutes les fois qu'un kyste supporte sur un point de sa surface une pression un peu forte, il y a danger de rupture ; c'est ainsi que chez les femmes qui portent des ceintures hypogastriques, on a déjà vu le kyste éclater à sa partie supérieure. L'utérus

(1) Thèse de Paris, 1871.

(2) Arch. de Tocol., 1884.

(3) Th. de Paris, 1883.

(4) Th. de Paris, 1883.

(5) Annales de Gynec., 1875.

(6) Ann. de Gynec., 1885.

(7) Dissert. inaug., Zurich, 1883.

(8) Th. d'agrégation, 1886.

(9) Doumairon, Thèse de Strasbourg, 1868.

grave compressant une face latérale du kyste peut le faire éclater par ce mécanisme.

L'accroissement du kyste pendant la grossesse peut favoriser aussi la rupture.

Mais ces tumeurs s'accroissent-elles pendant la grossesse ? Cette question a fait l'objet de nombreuses discussions entre les chirurgiens.

Tandis que Kœberlé et Bierman pensent que les kystes restent stationnaires, Stoltz, Schroïder, Lower, Olshausen et Spiegelberg affirment, au contraire, qu'ils s'accroissent pendant la grossesse sous l'influence du travail congestif qui s'opère dans les organes génitaux.

Il est des cas où cet accroissement ne saurait être nié, comme dans celui de Gross. Rüge cite un cas non moins probant. Péan est du même avis. Il ajoute que la gestation, en général, a plus d'influence sur les tumeurs liquides que sur les tumeurs solides de l'ovaire.

Pendant l'accouchement les ruptures s'observent plus souvent que pendant la grossesse. En effet, les kystes dermoïdes qui sont d'ordinaire de petit volume siègent dans le cul-de-sac de Douglas. Pour expliquer ce fait, il faut faire intervenir la pesanteur et la disposition anatomique de la région. Elles peuvent siéger encore sur un côté de l'utérus, fixées quelquefois par des adhérences dans la fossette appelée par Olshausen du nom de *bursa ovarica*, comprise entre l'aileron postérieur et l'aileron moyen.

Dans cette position le kyste sera aplati contre les parois du bassin par la tête qui s'engage dans l'excavation pelvienne, sera fortement comprimé de tous

les côtés au moment des contractions et sera souvent obligé de céder à l'effort.

La grossesse favorise encore la torsion du pédicule, cause fréquente d'altération, amenant la rupture fréquente des kystes de l'ovaire.

Enfin, à la suite des couches, se manifeste quelquefois un certain degré de péritonite puerpérale, et consécutivement l'inflammation du kyste ; mais, ce sont là des causes de rupture par altérations des parois que nous reverrons bientôt.

Une autre cause de rupture est la distension brusque causée par une hémorrhagie intra-kystique ; elle agit d'une façon purement mécanique, et c'est pour cela que nous la faisons entrer dans ce chapitre. Elle se produit tantôt par un traumatisme extérieur, mais elle survient le plus souvent à la suite de la torsion du pédicule. Dans ce cas, en effet, « l'arrêt de la circulation peut ne pas se faire en même temps dans les artères et dans les veines ; celles-ci, à cause de la minceur de leurs parois et de la disposition en sinus, sont oblitérées plus vite que les artères, dont les parois sont résistantes. La circulation en retour est abolie, tandis que le kyste reçoit encore du sang artériel. La suppression de la circulation veineuse, d'une part, et l'apport continuuel du sang rouge, de l'autre, produisent une augmentation considérable de tension dans les vaisseaux du pédicule. En nous rappelant leur friabilité, il est facile de comprendre qu'il puisse se produire des ruptures veineuses et des hémorrhagies considérables. » (Mouls : Torsion du pédicule. Thèse de Paris, 1890.)

Si ces hémorrhagies se font dans la cavité du kyste, celui-ci qui n'est pas indéfiniment extensible, se rompt à un moment donné sous l'influence d'une distension sanguine trop rapide.

Spencer Wells en cite un exemple et beaucoup d'autres chirurgiens en ont signalé depuis.

2° TRAUMATISMES DE CAUSE EXTERNE

Les traumatismes sont très divers et peuvent varier à l'infini.

La rupture peut avoir même lieu sous l'influence de manœuvres d'exploration. Comme exemple, on peut citer un cas du docteur Mundé, rapporté dans les Transactions de la Société obstétricale de New-York, 1887 (Thèse de Waite, 1883).

Le docteur Mathews-Duncan rapporte un fait semblable. Nous-mêmes avons été témoin d'une rupture qui s'est probablement effectuée dans des circonstances analogues. Il s'agit d'une malade, opérée par M. le Professeur Poncet, le 17 janvier 1898, et dont nous relatons l'observation. Cette rupture s'est produite en quelque sorte sous les yeux de son chef de clinique, M. Bérard, et elle était due aux manœuvres de l'exploration abdominale, auxquelles il s'était livré avant le commencement de l'opération.

Cela prouve qu'on doit prendre des ménagements dans l'examen du kyste de l'ovaire. Mais, malgré tous les ménagements, on peut observer encore des ruptures auxquelles on ne peut reconnaître aucune cause. On les a appelées *ruptures insidieuses*. Nous citons

comme curiosité les deux uniques exemples dans la science. Le premier est dû à Emmet (*New-York medical Journal*, 1884, t. I), l'autre à Rokitansky (*Allg. Wien. medical Zeitung*, 1886).

A ces accidents, heureusement fort rares, viennent se joindre d'autres ruptures dues à des traumatismes de nature banale, tels que coups, chute d'une voiture, d'une échelle, dans un escalier.

Dans ce dernier ordre de faits, on trouve les récits les plus extraordinaires. Tel est le cas du Dr Satterthwaite (*Pathological Society New-York*, 1882).

B. — Altération des parois

Cette cause est de beaucoup la plus importante et, si l'on excepte les coups portés sur le ventre avec une grande force et le travail de l'accouchement, on peut affirmer que, dans la majorité des cas, où la rupture a eu lieu à la suite d'un traumatisme, cet agent n'a agi que comme cause déterminante et secondaire à une dégénérescence préalable des enveloppes kystiques.

C'est ce qui nous explique pourquoi tel kyste aura supporté impunément des chocs très nombreux, au lieu qu'un autre s'ouvrira dans le péritoine sous l'influence d'un simple éclat de rire ou d'un léger effort.

La structure et la forme même des kystes, leur situation particulière peuvent nous expliquer cette résistance aux agents extérieurs, si leurs tuniques n'ont subi aucune dégénérescence.

La dégénérescence des parois kystiques est d'ail-

leurs très fréquente. Nous pouvons les ranger sous deux chefs :

1^o Altérations de nature *inflammatoire* ou *cicatricielle* ;

2^o Altérations par dégénérescence cancéreuse, graisseuse, calcaire ou dues à un processus gangréneux.

1^o ALTÉRATIONS DE NATURE CICATRICIELLE OU INFLAMMATOIRE

Ces altérations se rencontrent dans tous les cas où la paroi du kyste a subi une solution de continuité, si petite qu'elle soit, et constituent un point de moindre résistance qui pourra céder à un effort venu soit de l'intérieur, soit de l'extérieur du kyste.

L'inflammation, dit Quénu (1), peut être le résultat de ponction, de traumatisme quelconque, tels que coups, chutes, etc., de dégénérescence graisseuse, elle peut être due à une torsion du pédicule, à une hémorrhagie intra-ovarique, à des péritonites antérieures.

Enfin, l'inflammation des parois du kyste et celle du contenu, c'est-à-dire la suppuration du liquide, sont dans un rapport intime, et toute cause amenant l'une d'elles amènera presque fatalement l'autre.

Cette inflammation a été surtout notée dans la variété des kystes qui nous occupe (Péan).

Parfois elle se borne à des poussées légères qui aboutissent à la formation des adhérences. Ces poussées sont une cause fréquente des péritonites (Olshausen), d'hémorrhagies intra-kystiques (Habit), de

(1) Quénu. Thèse de Paris, 1881.

suppuration (Hecker), de la rupture des loges, surtout à la suite des ponctions.

Ces poussées inflammatoires reconnaissent plusieurs causes : la compression graduelle de l'utérus gravide, les ponctions, les traumatismes, chutes, les explorations manuelles exagérées, ainsi que la torsion du pédicule.

L'état général influe aussi sur les kystes de l'ovaire ; c'est ainsi que l'état puerpéral spécialement a une influence manifeste sur le contenu des kystes : « La coïncidence de la fièvre traumatique chez l'accouchée, quelquefois d'une véritable septicémie puerpérale avec un kyste de l'ovaire, qui a été déjà plus ou moins lésé par les violences du travail de l'accouchement, expliquent comment l'inflammation et la suppuration peuvent se produire dans ces circonstances. Parfois même, la rupture de la tumeur n'est qu'une complication ultime. » (Nepveu.)

Une autre cause, qui peut provoquer la rupture des kystes dermoïdes, est la nature même de leur contenu. En effet, les produits divers qui sont dans leur intérieur (os, dents, etc.), jouent le rôle de véritables corps étrangers et produisent une inflammation qui aboutit à leur expulsion.

La dégénérescence graisseuse peut encore amener l'inflammation des parois. Autour des plaques jaunes, en effet, le tissu s'enflamme, et il s'agit là, en somme, comme le fait remarquer Quénu, d'une simple inflammation éliminatrice autour des parties dont la vitalité est compromise.

Enfin, une des causes les plus fréquentes de suppu-

ration du contenu du kyste dermoïde est la ponction.

Ponction. — L'utilité de la ponction exploratrice a depuis longtemps été discutée, admise ou niée tour à tour, suivant les auteurs, précisément à cause des faits dans lesquels cette ponction est devenue la déterminante immédiate d'une péritonite.

Depuis Stilling qui dit que : « Aucun chirurgien ne devrait ponctionner un kyste de l'ovaire, que la ponction est un crime », jusqu'à Spencer Wells qui déclare que, lorsque la mort survient après une ponction, celle-ci est tout à fait innocente, et Zweifel qui la recommande dans tous les cas comme moyen de diagnostic, on peut trouver pour ainsi dire toutes les opinions intermédiaires. « La ponction exploratrice, dit ce dernier (*Centralblatt für Gynæcologie*, 1883), a encore plus d'avantages que d'inconvénients, surtout si on compare ces inconvénients à ceux qui pourraient résulter des erreurs de diagnostic que l'on évite par la ponction. »

Mais il est bon d'ajouter que les partisans les plus autorisés de la ponction recommandent de se tenir prêt, dès qu'on la pratique, à remédier à tous les inconvénients qui peuvent en résulter, et principalement à la péritonite, au moyen de l'ovariotomie.

Dans tous les cas, les dangers de la ponction comme d'ailleurs ceux de la rupture, viennent de l'introduction dans la cavité péritonéale des liquides contenus dans le kyste. Cette issue des liquides dans le péritoine tient non seulement à la façon dont la ponction est faite, mais encore et surtout à la nature des parois du kyste. On conçoit que l'ouverture reste plus facile-

ment béante quand le trocart a dû traverser des tissus friables et inextensibles, qui se sont déchirés plutôt devant la pointe qu'écartés devant elle. Un trocart trop volumineux peut amener un résultat analogue.

L'évacuation incomplète d'une poche ponctionnée favorise encore l'issue des matières dans le péritoine. On a incriminé de même les manipulations et les pressions maladroités sur l'abdomen dans le but de favoriser l'issue du liquide.

Mais si cette issue du liquide se termine le plus souvent par la guérison dans les cas de kyste uniloculaire à contenu clair, limpide et séreux, il n'en est pas de même quand on se trouve en présence d'un kyste dermoïde ou en général de tout kyste à contenu épais, visqueux ou filant, coloré par le sang épanché.

Les liquides purulents tiennent le premier rang comme malignité, que cette purulence soit spontanée ou qu'elle ait été provoquée par des ponctions antérieures avec ou sans entrée de l'air dans la cavité kystique.

En seconde ligne vient le contenu des kystes dermoïdes dont la nocuité ne le cède en rien à celui des cysto-épithéliomas.

On comprend, en effet, facilement comment la présence des matériaux solides dans le péritoine, cheveux, masses graisseuses concrètes, etc., est susceptible d'amener une inflammation, sans que les liquides contenus dans les kystes dermoïdes, dont la malignité est toute particulière, soient mis en cause.

Mais la ponction avec aspiration n'est pas une opération aussi inoffensive qu'on pourrait le croire. Et,

pour cela, nous n'avons qu'à citer les nombreux cas malheureux de Fock, de Berlin (25 morts sur 132 ponctionnés), ceux de Sentham (4 morts sur 20 ponctionnés). Kivisch a compté 17 % de morts en quelques jours.

Mêmes remarques pour les ponctions suivies du passage d'un séton d'un tube à drainage ou d'une canule à demeure.

L'incision et l'excision, parfois faite dans le but de laisser écouler dans le péritoine le contenu du kyste, exposent à des accidents de péritonite suraiguë, alors même qu'elles ne sont destinées à faire suppurer la poche.

On peut encore ranger dans ce chapitre les ovariotomies incomplètes, après lesquelles une péritonite survenant ne saurait être traitée par une opération qui, une première fois, n'a pu être menée à bien, pour n'envisager que les cas où l'incision et excision sont pratiquées dans le but d'agrandir l'ouverture d'un trocart, trop étroit pour laisser passer le contenu kystique : viscosités, graisses, cheveux, etc.

Il convient encore de rapprocher de la ponction simple la ponction préalable pour le traitement du kyste par l'électricité.

On peut citer à l'appui la rupture d'un kyste suivie de mort dans le cas de Flies (*New-York medical Journal*, 1877).

La négligence des précautions antiseptiques ou une circonstance inconnue peut amener la suppuration du kyste. Le fait a été signalé en particulier pour les tumeurs dermoïdes. M. Pozzi a observé un exemple

suivi de guérison par l'ovariotomie. Mary Putnam Jacobi, dans le *American Journal of Obstetr.*, 1883, cite deux cas malheureux qu'il a eus à la suite des ponctions aspiratrices. Il faut forcément admettre que le contenu des kystes dermoïdes, en particulier, est plus apte à suppurer à la suite d'une ponction aspiratrice, malgré toutes les précautions antiseptiques prises.

Bryant (*Ovariectomy*, 1877) ajoute que la ponction d'un kyste ovarique ne doit jamais être pratiquée (excepté les cas urgents), à moins d'être suivie immédiatement d'ovariotomie. Dans les kystes dermoïdes (après ponction), sur huit cas, il a eu trois ruptures dans la cavité abdominale.

Atlee (*Ovarian Tumors*, 1873) dit que les kystes dermoïdes sont très disposés à l'inflammation et à la suppuration avec ruptures consécutives. Il relate un cas de kyste dermoïde ponctionné qui s'est rupturé dans l'intestin.

Cette disposition très particulière des kystes dermoïdes est encore prouvée par un cas typique présenté par le Dr Mundé, en 1877, à la New-York Obstétrical Society.

2° ALTÉRATIONS DUES A UN ÉTAT DE DÉGÉNÉRESCENCE OU A UN PROCESSUS NÉCROBIOTIQUE

« La perforation peut aussi se produire d'après un autre processus et être la conséquence d'une dégénérescence lente survenue dans les parois du kyste. Il y a une accumulation du liquide extraordinaire, les vaisseaux sont comprimés ou oblitérés, l'apport sanguin est diminué, le stroma des parois diminue

d'épaisseur, et enfin survient un processus d'involution. La rupture spontanée en est la conséquence. »

La dégénérescence, ainsi que nous l'avons vu, peut être de nature cancéreuse, ou, au contraire, elle peut se traduire par un processus graisseux ou crétacé.

a) La dégénérescence néoplasique se rencontre plus souvent chez les kystes dermoïdes que chez les autres variétés des kystes. En effet, on peut considérer le kyste dermoïde comme un organe anormal composé de tissus absolument normaux, identiques au revêtement cutané, capable de réagir comme lui et de donner naissance à toutes les productions anormales que nous présente la peau. C'est ainsi que la paroi interne du kyste peut donner naissance à des condylomes, verrues, etc.

Le revêtement des kystes dermoïdes est le siège de dégénérescence maligne : épithéliome, carcinome, sarcome. Bien plus, on peut dire que la paroi du kyste dermoïde a une prédisposition plus grande à dégénérer que le revêtement cutané lui-même. La pathologie générale nous donne la clef de cette prédisposition.

Un débris embryonnaire quelconque est un terrain des plus propices à l'éclosion d'une tumeur. De plus, le kyste dermoïde, pris dans son ensemble, est une tumeur bénigne, et on sait la facilité avec laquelle les tumeurs bénignes dégénèrent en tumeurs malignes. « La tumeur même bénigne est le siège d'un renouvellement cellulaire plus intense que le tissu normal qui lui correspond, elle a donc le droit d'être plus souvent le départ d'une tumeur maligne. » (Bard, *Lyon Médical*, 1888.)

Le bourgeon cancéreux met plus de temps à attaquer la coque fibreuse de la paroi ; né dans les couches les plus superficielles de l'épithélium (couche de Malpighi) il a plus de tendance à se développer vers l'intérieur ; tandis que le sarcome, prenant naissance dans les éléments conjonctifs constituant le derme et la coque du kyste dermoïde, ses noyaux évoluent de préférence vers la surface péritonéale.

b) La gangrène peut se produire dans les parois du kyste toutes les fois que la vitalité de celui-ci est compromise ; mais il faut qu'elle le soit en général assez brusquement, c'est ainsi que la torsion lente du pédicule amène rarement la gangrène du kyste. Il n'en est pas de même de la torsion brusque ; cette torsion s'observe souvent après les couches (Péan). Tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; mais quand il s'agit de déterminer quelle variété de kystes est plus sujette à cet accident, on voit des divergences s'élever entre les chirurgiens. Péan pense que les kystes prolifères ont leur pédicule le plus souvent tordu. Mouthon et Kisseloff, dans leurs thèses respectives, sont d'accord à reconnaître avec leurs maîtres Duplay, Schwartz et Gérard-Marchand que ce sont plutôt les kystes dermoïdes qui présentent plus fréquemment cet accident. Chalot, Rokitansky et Olshausen sont du même avis. Les kystes dermoïdes présentent, en effet, les conditions les plus favorables à la torsion ; volume relativement petit, poids assez considérable, surface lisse, etc. Sur les 57 observations de kystes à pédicule tordu de Thornton, on compte huit kystes dermoïdes.

Si ce nombre paraît faible, cela tient à ce que les

kystes dermoïdes de l'ovaire n'entrent que pour une faible part dans le nombre total des kystes de l'ovaire. Sur 1000 ovariectomies, Spencer Wells a rencontré 22 kystes dermoïdes; Péan en a rencontré 8 sur 285; Schröder 5 sur 102; Terrier 4 sur 50; Dohr 5 sur 25. Olshausen sur une statistique de 2,275 ovariectomies faites par Spencer Wells, Keith, Schröder, etc., a rencontré seulement 80 kystes dermoïdes, soit 3,50/0. Enfin Terrillon donne une proportion de 4 0/0.

Après la torsion certains territoires se sphacèlent; le plus souvent ces parties reviennent à une nutrition relative grâce aux anastomoses et aux adhérences.

Mais ils sont cependant plus friables que les autres; leur paroi est faible et peut se rompre par un choc, alors le contenu s'écoule dans un espace limité par des adhérences ou dans la cavité abdominale. Elle se rompt aussi, lorsque l'opérateur détache les adhérences ou qu'il fait des manœuvres parfois difficiles pour l'extraction du kyste. Elle se rompt encore grâce à la distension excessive, sous l'action de l'afflux sanguin ou séreux qui emplit la tumeur.

c) La torsion lente peut amener la dégénérescence graisseuse ou calcaire du kyste. La dégénérescence graisseuse, qui est la plus importante, est causée par la thrombose de certains vaisseaux.

d) La métamorphose crétacée est la période de dégénération la plus avancée. Elle consiste dans la transformation des dépôts lardacés à une matière calcaire.

Ces diverses causes peuvent s'associer entre elles pour amener la rupture. C'est ainsi que l'altération des parois favorise l'action du traumatisme. Nous avons vu aussi que l'inflammation se déclare autour des plaques graisseuses.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les symptômes de la rupture des kystes de l'ovaire dépendent du caractère et du siège de la rupture et de l'abondance de l'hémorrhagie.

Dans la rupture des kystes on observe deux sortes de symptômes, des symptômes immédiats et symptômes consécutifs.

Les premiers sont caractérisés par une douleur vive, une déchirure dans le ventre, quelquefois une sensation bizarre accusée par la malade. C'est ainsi que « dans un cas rapporté par Bright (Guy's hospital reports) il semblait à la malade que ses boyaux tournaient ».

En même temps la face de la malade se grippe et exprime l'angoisse. Quelquefois la malade a des frissons et des vomissements paracés, comme une de ces malades dont nous rapportons l'observation. On observe, en outre, des menaces de collapsus et on a même pu voir survenir une syncope mortelle. Tels les deux cas cités par Spencer Wells.

Au lieu de défaillance, il peut survenir des accès hystériques soudains (Wells).

En même temps du côté de l'abdomen on observe les signes suivants : à l'inspection le ventre n'a plus la même forme que précédemment. La tumeur a disparu brusquement, le ventre d'arrondi qu'il était en avant, se déprime et on a quelquefois le ventre en bateau.

On observe, en outre, la présence d'une cavité péritonéale, collection que la main doit déplacer pour arriver sur le restant du kyste. Le liquide occupe les parties déclives et se révèle par la matité, tandis que les intestins sont groupés autour de l'ombilic.

Tous ces symptômes sont différents, on le voit, de ceux qu'on aurait pu constater avant la rupture. A ce moment, en effet, la sonorité révélant la présence des intestins, occupait les flancs, au lieu qu'à la partie antérieure de l'abdomen on trouvait une matité à convexité supérieure.

Une diurèse et une diaphorèse abondantes ont été signalées dans les cas de rupture intrapéritonéale des kystes ovariens ; on a vu aussi l'anasarque. Küstner a attiré l'attention sur un signe curieux, la peptonurie (*Centralblatt für Gynec.*, 1884, n° 47).

Rarement la rupture se fait d'une façon latente. Nous avons cité plus haut les deux seuls cas de rupture insidieuse dus à Emmet et à Rokitansky.

Tels sont les symptômes observés au moment même de l'accident ; mais quelques-uns d'entr'eux ne tardent pas à se modifier par les phénomènes qui vont suivre ou deviennent difficiles à constater à cause des douleurs poignantes qui surviennent.

Les symptômes de la péritonite aiguë et généralisée ne tardent pas à se déclarer. Ils se distinguent même

de ceux de la péritonite ordinaire, en ce qu'ils peuvent survenir beaucoup plus rapidement.

Frissons, douleurs vives se généralisent dans tout l'abdomen, s'exagèrent par la toux et la respiration. Ces douleurs sont accompagnées comme dans toute péritonite aiguë par des nausées et des vomissements presque incessants ; facies grippé, péritonéal, pouls petit, fréquent, filiforme, température très élevée.

Le ventre est ballonné et tendu, la moindre pression provoque des douleurs atroces, refoule le diaphragme et la dyspnée est extrême. Le visage se cyanose et la mort peut survenir au milieu d'horribles souffrances au bout de vingt-quatre heures (trente heures notre malade) même si on intervient immédiatement.

Nepveu rapporte plusieurs exemples où la mort est survenue au bout d'une ou deux heures.

Il est bon d'ajouter que la pénétration d'une partie du contenu des kystes dermoïdes dans le péritoine au moment de l'opération, n'a pas des effets aussi désastreux que ceux de la rupture spontanée. Nous citons quelques exemples où, grâce à une toilette minutieuse du péritoine, on est arrivé à sauver les malades.

Après avoir passé ainsi en revue les divers symptômes des kystes dermoïdes de l'ovaire dans le péritoine il nous reste à voir sur quels signes on s'appuiera pour faire le diagnostic de cet accident, si ce diagnostic est toujours possible et s'il existe d'autres complications qui pourraient en imposer pour une rupture.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une femme qui a tous les symptômes d'une péritonite aiguë survenue brusquement et les commémoratifs indiquent la

disparition d'une tumeur qui existait dans le ventre, disparition accompagnée d'une douleur brusque et de collapsus, il n'y a pas de doute à avoir ; le diagnostic de rupture de kyste ovarique s'impose. Si on a examiné la malade avant la rupture, le diagnostic devient ensuite plus facile. Existe-t-il d'autres complications ou d'autres états pathologiques pouvant imposer pour une rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine ?

On peut confondre, comme l'a fait Barnes, chez une femme enceinte, la rupture avec la torsion suivie d'accidents.

Mais tandis que, dans ce dernier cas, on observe l'augmentation du volume de la tumeur, dans le premier on observe son affaissement et l'apparition subite d'une péritonite aiguë.

De plus, dans la torsion, on trouve (Mouls) ⁽¹⁾ un bruit de souffle manifeste au niveau du pédicule et un choc systolique qui se communique à toute la tumeur et lui imprime des ondulations. Dans la péritonite, nous avons encore un ballonnement considérable et généralisé dès le début, au lieu que, dans les kystes à pédicule tordu, il se limite à l'hypogastre. Le ballonnement et le tympanisme de la péritonite sont tellement exagérés que la matité hépatique disparaît.

Mais la torsion peut occasionner la rupture du kyste, et il est bien difficile, pour ne pas dire impossible de différencier cette rupture de celle qui survient spontanément.

L'erreur qu'on pourrait commettre en prenant la

(1) Thèse de Paris, 1890.

torsion pour une rupture et inversedement n'a d'ailleurs aucune importance, puisque dans les deux cas la laparotomie s'impose.

Après l'accouchement on peut prendre la rupture du kyste pour une péritonite puerpérale. Mais la seule disparition de la tumeur peut nous mettre sur la voie du diagnostic.

Voyons à présent si on peut s'assurer que le liquide épanché dans le péritoine est bien le contenu d'un kyste dermoïde ou d'un kyste de tout autre variété. Pour cela il faut faire le diagnostic de la variété du kyste.

Les kystes dermoïdes, en effet, présentent quelques signes particuliers. Ils sont douloureux dans la plupart des cas, et les douleurs qu'ils provoquent sont bien spéciales. Pour M. le Professeur Laroyenne, l'acuité et la superficialité de la douleur seraient absolument pathognomoniques. Ces douleurs, dès le début atroces et violentes, s'irradient dans les aines et les flancs. La plus légère pression au niveau de la tumeur détermine une sensation excessivement pénible, analogue à celle qu'on rencontre dans la coxalgie hystérique. La fluctuation des kystes dermoïdes est partielle ; ils donnent la sensation de rénitence.

D'après certains auteurs, quelques kystes dermoïdes donneraient, en les comprimant, une sensation spéciale connue sous le nom de « cri de neige », due au frottement des cheveux contenus dans leur intérieur.

On a indiqué encore la possibilité de faire des impressions dans la tumeur remplie de mastic graisseux. Küster a insisté sur la tendance qu'auraient les kystes

dermoïdes à se développer toujours sur la ligne médiane et à y revenir lorsqu'on les déplace au cours d'une exploration.

D'une façon générale, ce qui permet de faire le diagnostic de kyste dermoïde, ce n'est pas la constatation d'un des symptômes précédents, mais leur coexistence.

Même dans le cas où on n'a pu faire d'avance le diagnostic de kyste dermoïde, quand on se trouve en présence d'une rupture de kyste, la laparotomie s'impose d'urgence.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie ou au cours d'une ovariectomie sont les suivantes :

A l'ouverture de l'abdomen la première chose qui frappe les yeux est l'issue d'un flot de liquide s'échappant de la cavité abdominale. Ce liquide a une consistance huileuse, visqueuse ou grasseuse ; quelquefois la consistance peut devenir telle que la masse demi-liquide se laisse soulever avec la main comme un corps demi-solide (Méhu, *Archives génér. de médecine*, 1881). Ce liquide peut contenir des grumeaux, des cheveux, etc.

L'analyse de la graisse contenu dans un kyste dermoïde donne pour 100 parties :

Elaine soluble en très grande quantité	
dans l'éther froid	84.69
Margarine (Margarate de glycérine) ..	11.68
Matière extrac. et Cl. Na	1.24
Cellules épiderm. avec cheveux	2.39
	100 »

Quelquefois ce liquide peut être teinté de sang.

Le péritoine pariétal qui présente, en général, des lésions plus prononcées que le péritoine viscéral est induré, épaissi, granuleux, rouge, injecté et couvert de fausses membranes.

Il en est de même des intestins, qui sont aussi injectés et agglutinés entre eux par des exsudats fibrineux ; très souvent ils sont réunis au kyste par des adhérences plus ou moins solides.

L'épiploon est injecté et épaissi. On peut encore trouver du pus dans les parties déclives de la cavité péritonéale.

En dehors des lésions inflammatoires on trouve parfois sur les intestins, et surtout sur la séreuse, des altérations d'une autre nature, sur lesquelles nous nous arrêterons un instant à cause de leur particularité et de leur fâcheux pronostic. A part la généralisation sur le péritoine des tumeurs malignes de kystes dermoïdes, dont nous avons parlé plus haut, on trouve de véritables tumeurs dermoïdes greffées sur le péritoine et l'épiploon, des cheveux poussant librement dans la cavité péritonéale comme dans l'observation de Fränkel, que nous citons plus loin. Dans le même ordre de faits nous pouvons classer le cas de Moore. (*Trans. of Path. Society of London*, t. XVIII.)

Du côté des parois kystiques on trouve, à part la déchirure plus ou moins grande, les lésions qui ont favorisé la déchirure. Elles sont de nature gangreneuse, inflammatoire ou d'ordre dégénératif.

Cette dernière est, peut-être, la plus importante au point de vue étiologique et se manifeste sous forme de plaques jaunes entourées d'une auréole inflammatoire.

Cette auréole peut être divisée en trois zones, suivant l'état des vaisseaux.

La troisième zone, qui est presque privée de vaisseaux, est quelquefois d'une extrême minceur. C'est dans cette zone que, dans la majorité des cas, siège la déchirure (Spencer Wele).

La déchirure siège le plus souvent à la partie supérieure du kyste, ou encore sur les côtés.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

De la description que nous avons donné dans le chapitre de symptomatologie, on peut conclure que la rupture spontanée d'un kyste dermoïde dans le péritoine est d'un pronostic extrêmement grave.

On conçoit en effet facilement, comment la présence de matériaux solides dans le péritoine tels que cheveux, masses graisseuses concrètes, est susceptible d'amener une inflammation. De plus le liquide même du kyste dermoïde est d'une malignité toute particulière et ne le cède en rien au liquide purulent. Tous les cas de rupture signalés par Nepveu ont été suivis de mort ; dans les cas rassemblés par nous depuis la publication de sa statistique nous trouvons trois guérisons seulement.

Malheureusement les cas où des adhérences solides ont pu s'établir avant la rupture et empêcher ainsi la pénétration du liquide dans toute la cavité péritonéale sont rares. Dans ces cas-là, la péritonite est localisée, mais le contenu ne tarde pas à se faire jour à travers un organe (le vagin dans l'observation de Mundé) et les

malades meurent après avoir présenté tous les signes de cachexie.

Le pronostic est moins sévère dans les cas de pénétration du liquide des kystes dermoïdes, dans le péritoine au moment de l'opération. Avec une toilette minutieuse du péritoine, on peut espérer une guérison.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Quand on se trouve en présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire rompu dans le péritoine, il n'y a qu'un traitement qui s'impose d'urgence, c'est la laparotomie immédiate.

Nous ne parlerons pas des autres traitements préconisés par plusieurs chirurgiens dans les autres variétés des kystes, comme, par exemple, l'expectation pure et simple, la ponction et l'évacuation du liquide épanché dans le péritoine, etc. Outre que ce liquide visqueux et épais ait de la peine à passer à travers un trocart même d'un calibre très gros, les matériaux solides : cheveux, masses graisseuses concrètes, ne peuvent être extraites que par la laparotomie. Par elle seule on peut supprimer autant que possible une source continue d'infection ; elle rend enfin possible la désinfection du péritoine par la toilette, le lavage de la séreuse et le drainage de l'excavation pelvienne.

Par le fait de la déchirure de la tumeur, l'ovariotomie présente certaines particularités sur lesquelles nous devons insister. Si, après l'incision sur la ligne

médiane, on aperçoit la déchirure et que les bords offrent une certaine résistance, on appliquera immédiatement sur elle une pince à plateaux pour la fermer. Le kyste sera amené au dehors sans ponction (si possible), on agrandira au besoin l'incision abdominale.

Pour son ablation, M. le Professeur Poncet recommande la ligature du pédicule avec des fils de catgut et non avec des fils de soie. Le catgut est non seulement imperméable, mais tend à disparaître complètement après un temps plus ou moins long.

On procède après à la toilette du péritoine. Cette toilette est très difficile, sinon impossible, à cause de la nature du liquide épanché qui empoisse littéralement toute la cavité et les viscères qui y sont contenus.

On tâchera d'enlever autant que possible avec les doigts et les pinces tous les matériaux solides. Le liquide onctueux qui s'accumule de préférence dans les fosses iliaques et l'entonnoir pelvien sera desséché avec les tampons aseptiques.

On sera forcé d'employer le large lavage de la cavité péritonéale. Pour cela, Polaillon conseille l'eau distillée bouillie additionnée d'un centième d'acide phénique, portée à la température de 37°.

Pour pratiquer le lavage, il faut prendre quelques précautions.

Si l'eau est trop froide ou très chaude, si elle pénètre jusqu'à la face inférieure du diaphragme et dans les régions du plexus solaire, elle peut produire une impression qui provoque l'arrêt de la respiration et la syncope. On peut éviter cet accident en mettant la malade sur un lit plus élevé du côté de la tête et en

limitant le lavage au bassin et à la partie sous-ombilicale de la cavité péritonéale.

En même temps, M. le Professeur Poncet conseille et emploie le tamponnement avec la gaze iodoformée par Mikulicz. Le tampon de Mikulicz mis en place, la plaie est pansée à plat.

On peut encore drainer la cavité de Douglas par le cul-de-sac vaginal postérieur et se servir d'un drain en T.

Mais, malgré toute la rapidité de l'opération et toute l'expérience de chirurgien, la péritonite aiguë ne fait que suivre son cours et la mort survient, dans la majorité des cas, quelques jours après l'opération.

Donc, puisque tout traitement consécutif est impuissant à obtenir la guérison, nous sommes amenés à poser cette conclusion : Sitôt qu'un kyste dermoïde est diagnostiqué, on doit l'opérer non seulement à cause des douleurs et des troubles de compression qu'il provoque, non seulement à cause des accidents dont il peut être le siège : inflammation, suppuration et *rupture*, mais encore parce que tout kyste dermoïde est, si l'on peut ainsi dire, une tumeur en équilibre instable entre la bénignité et la malignité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit rompu dans le ventre pendant l'anesthésie. — Mort. — (Malade du service de M. le Professeur Poncet).

B. M., 20 ans, entrée dans le service le 20 décembre 1897. A l'âge de 9 ans, la malade a commencé à ressentir quelques douleurs dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs fugaces ne faisaient que de rares apparitions.

A 18 ans, les règles apparaissent, en même temps les douleurs deviennent plus vives et elle constate une petite tumeur du volume d'une orange dans le flanc droit. A chaque époque les douleurs surviennent, puis disparaissent avec l'hémorrhagie. Elle n'a jamais eu d'hémorrhagie entre ses règles. Au début de l'année elle devint enceinte et le 16 novembre elle accouchait à Neuville.

Pendant trois jours elle resta aux douleurs. Un médecin appelé constata qu'une tumeur se présentait au détroit supérieur et empêchait l'accouchement ; il put refouler cette tumeur et l'accouchement se fit spontanément. Elle nourrit son enfant, mais gênée et inquiète du volume acquis par la tumeur elle entre à l'Hôtel-Dieu.

On trouve à l'examen une grosse tumeur occupant le flanc

droit, mate à la percussion, renittente à la palpation... On ne sent pas de fluctuation. Sonorité dans les flancs.

Au toucher utérus refoulé à gauche en antéversion.

17 janvier 1898. — *Opération.* — *Ethérisation.* On constate une tumeur sous et sus-ombilicale, de forme oblongue et soulevant la paroi abdominale sur la ligne médiane. En la palpant (M. Bérard) elle paraît s'affaïsser, disparaître ; on suppose une rupture spontanée. Incision sous-ombilicale ; à l'incision du péritoine issue abondante d'un liquide puriforme odorant. Ce liquide ressemble à du petit lait ; à un mélange de graisse (moitié sébacée liquéfiée, moitié sébacée purulente), touffes de cheveux se repandant dans la cavité abdominale. Manœuvres rapides d'extraction. Le kyste est adhérent à l'épiploon. Par suite de la rupture spontanée, le liquide s'est répandu partout entre les anses intestinales jusqu'au diaphragme.

Toilette aussi parfaite que possible ; assèchement ; extraction d'une touffe de cheveux et de poils nombreux.

Eviscération partielle pour mieux nettoyer. Toilette fatalement incomplète. Large drainage par le cul-de-sac postérieur du vagin. — Mikulicz.

La tumeur après l'évacuation de son contenu a encore le volume d'une tête de fœtus ; parois fibreuses, d'épaisseur inégale. Au point où s'est produite la rupture cette paroi a la minceur d'une séreuse, à peine doublée de quelques faisceaux conjonctifs. Traces d'adhérences inflammatoires, qui unissaient la tumeur assez lâchement aux parois du petit bassin et à l'épiploon ; la destruction de ces adhérences n'a d'ailleurs nécessité aucune ligature.

Contenu. — Deux kystes principaux : 1° L'un qui devait être très grand à en juger par le volume de la tumeur à l'examen avant l'opération et par la quantité du pus épanché dans le péritoine au moment de l'opération ; c'est, en effet, ce kyste

qui s'est crevé spontanément en un point où la paroi était trop mince. En un autre point épaissi et induré de la paroi il est possible de dégager un os de 2 centimètres environ rappelant par ses contours, d'ailleurs assez irréguliers, la forme générale d'un maxillaire en miniature. Pas de dents. Dans ce grand kyste on retrouve encore une touffe abondante de cheveux blonds intrigués et agglomérés par une substance huileuse.

2° L'autre kyste plus petit inclus, comme le précédent, dans la grande tumeur, a un contenu filant comparable au blanc d'un œuf mollet ; il ne renferme ni poils, ni formations cartilagineuses, osseuses, ou calcaires.

18 janvier. — Le soir de l'opération, vomissements ; état général très grave ; pouls imperceptible ; injection de 500 gr. de sérum.

Ce matin, la malade s'est relevée un peu, son pouls est moins fréquent, mais elle vomit toujours et les douleurs sont très vives. Le pansement est à peine souillé, on enlève les couches superficielles pour les remplacer. Température entre 38° et 39°.

22 janvier. — Température normale. On a fait trois autres injections de 500 grammes chaque. Les vomissements sont continus, les douleurs sont toujours fortes. L'état général mauvais.

23 janvier : *Mort* — 24 janvier : *Autopsie*. — Toute la surface péritonéale aussi bien viscérale que pariétale rouge, injectée. La surface intestinale présente un aspect rouge tomenté, chagriné. Les anses intestinales sont collées entre elles par des exsudats fibrino-purulents. Pus collecté dans le petit bassin, les fosses iliaques, même sous le diaphragme.

OBSERVATION II (Inédite)

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Pyo-salpinx. — Rupture spontanée du kyste dans le péritoine. — Péritonite purulente. — Laparotomie. — Eviscération. — Mort. — (Malade du service de M. le Dr Poncet.)

Observation prise par M. Straud, interne.

D. A., 23 ans, lingère, entrée le 1^{er} mars 1894, pour affection probable des annexes. Rien à l'hérédité. Pas d'antécédents personnels.

Réglée à douze ans ; pas de troubles de la menstruation. Mariée depuis quatre mois ; pas de fausses couches ; pas de grossesse.

Il y a quatre ans cette jeune femme fut prise au moment de la menstruation de très vives douleurs abdominales particulièrement à gauche, dans le petit bassin ; ces douleurs que la malade compare à des coliques duraient généralement 8 à 15 jours ; elles étaient à peu près continues. Depuis cette époque et avec ces crises douloureuses, la malade qui était antérieurement assez abondamment réglée a vu ses règles diminuer de quantité et de durée ; la menstruation ne durait qu'un jour ; avec chaque menstruation apparaissaient les douleurs abdominales continues signalées plus haut. Jamais de vomissements, jamais de signes de péritonite ou d'hématocèle.

En dehors de règles pas de pertes ; la malade avait parfois de la leucorrhée intermittente peu abondante. Ses dernières règles datent du 22 février.

Depuis quatre ans les mêmes symptômes se reproduisent à chaque menstruation.

La malade est mariée depuis quatre mois ; les rapports

sexuels ont été très douloureux ; elle a gardé le lit presque continuellement depuis.

Depuis trois mois, le ventre a pris un développement assez marqué en bas et sur la ligne médiane ; cette augmentation de volume locale s'est produite subitement et depuis le ventre est resté volumineux. Cystite depuis deux mois. Pas de constipation.

Actuellement : La malade était depuis deux jours en expectation dans le service lorsque, dans la nuit du 2 au 3 mars, elle fut prise d'une douleur aiguë dans le ventre avec frisson intense ; deuxième frisson dans la nuit.

3 mars. — Douleurs abdominales très vives ; ballonnement abdominal marqué ; vomissements porracés.

Elle présente actuellement un ventre arrondi ballonné, mat à partir des crêtes iliaques.

La pression est extrêmement douloureuse, aussi l'exploration est-elle à peu près impossible. Le ventre est très dur, pas de masses appréciables à la palpation.

Au toucher : col utérin dévié à droite et un peu en haut avec saillie de la lèvre antérieure ; il est un peu entr'ouvert. Le cul-de-sac latéral gauche est effacé, il bombe en avant et paraît distendu par une énorme collection qui empiète en arrière. En exerçant une pression sur l'abdomen on a une sensation de fluctuation très nette.

Laparotomie immédiate. — Péritoine rempli de pus ; péritonite diffuse. On trouve une grande poche ; à la ponction avec un trocard il sort au moins un litre de pus épais, phlegmoneux, très fétide. L'ovaire kystique a le volume d'une grosse orange, contient une matière grasse sébacée ; pas de poils.

Ablation de la poche par M. Jaboulay. Eviscération. Toilette du péritoine. Dans les débris enlevés on trouve les ovaires et une trompe. Le kyste s'était probablement développé aux dépens de l'ovaire opposé.

Mort trente heures après l'opération.

OBSERVATION III

Moore (*Transact. of Pathol. Society of London*, t. XVIII)

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche et nombreux kystes pilifères sur le péritoine. — Ovariectomie. — Péritonite. — Mort.

Femme de 28 ans ; début apparent de la lésion, dix ans auparavant.

Le kyste de l'ovaire est un kyste dermoïde remplissant presque toute la cavité abdominale et relié au foie et au paquet intestinal par des adhérences très nombreuses de péritonite ancienne. Il est formé de plusieurs poches et contient de la matière sébacée, de l'épithélium épidermique, des cheveux et des dents libres ou implantés dans des alvéoles. Au milieu des adhérences péritonéales, on trouve beaucoup de petits kystes, les uns rattachés au kyste principal par un pédicule, les autres libres ; ils renferment de l'épithélium épidermique, de la matière sébacée et des cheveux. Ils sont répandus dans le grand épiploon, le ligament large droit, le mésentère, la cavité pelvienne et au milieu de néomembranes.

Système lymphatique absolument normal.

OBSERVATION IV

Fränkel (*Wien, med. Wochenschr.*, 1883)

Femme âgée de 37 ans. Début de la tumeur, il y a deux ans.

Neuf mois avant l'opération, la malade fit une chute de voiture, qui donna le signal d'une augmentation rapide de la tumeur et d'accidents de péritonisme.

Laparotomie. — Le péritoine contenait cinq litres de liquide louche mêlé de cheveux. La tumeur, qui était un kyste der-

moïde de l'ovaire, était rompue dans la cavité péritonéale. La surface du péritoine était semée d'une quantité de petits kystes dermoïdes appendus à l'extrémité de longs pédicules filiformes « semblables à des cerises pendantes aux branches ». On en rencontrait quelques-uns plus volumineux dans le voisinage du foie, du diaphragme et du mésocôlon. On voyait, en outre, çà et là des cheveux isolés, implantés sur l'épiploon et croissant librement dans la cavité péritonéale.

En outre, à l'autopsie, faite deux jours après l'opération, on a trouvé une demi-litre à peu près d'exsudat purulent dans les parties déclives de la cavité péritonéale.

OBSERVATION V

D^r Fränkel (*In Wiener, Med. Wochenschr*, 1883)

Femme de 37 ans. Début il y a deux ans. Opération le 9 décembre 1882. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Tumeurs dermoïdes de l'épiploon et du péritoine. Cheveux poussant librement dans la cavité péritonéale, tumeurs kystiques sessiles ou pédiculées. L'ovaire droit également kystique fut enlevé. Péritonite aiguë ; mort le lendemain.

Autopsie. — Masses dermoïdes contenant, quelques-unes, des cheveux, le plus grand nombre seulement de la graisse, disséminées sur tout le péritoine, le foie, le mésocôlon, les intestins, etc. Masses sébacées et chevelues, libres dans le petit bassin. La tumeur ovarique contient des cheveux et de la matière sébacée.

OBSERVATION VI

(Tison. Société anatomique de Paris, 1892)

M^{me} L., âgée de 34 ans, est amenée à l'hôpital Saint-Joseph, le 16 mars dernier. Le 12 mars précédent, elle était accouchée, pour la septième fois, à huit heures du soir. Les douleurs

avaient débuté la nuit précédente. La sage-femme était arrivée dans la matinée. Vers une heure se produisit une procidence du cordon. La sage-femme, après plusieurs manœuvres, sur lesquels je n'ai aucun renseignement, tire dessus, l'arrache, ce qui effraie beaucoup la parturiente qui s' imagine à tort que les intestins lui sortent du ventre. Pour accélérer l'accouchement, la sage-femme envoie chercher immédiatement trois grammes de seigle ergoté, dose qu'elle renouvelle un peu plus tard.

Malgré l'administration de ces six grammes de médicament, l'accouchement ne se termine pas et à six heures arrive le Dr D... qu'on avait demandé. Il applique le forceps et extrait un enfant mort. La délivrance se fait bien ; le placenta est complet. Il prescrit des injections d'eau phéniquée. La perte de sang a été fort modérée. L'enfant se présentait par le sommet.

Le lendemain, dimanche, l'accouchée est souffrante, le médecin est rappelé, constate de la péritonite, ventre ballonné très douloureux. Il fait continuer les injections et applique une couche de collodion sur l'abdomen. Il revient le lendemain et trouve la femme dans le même état. Le mercredi matin, on me fait demander un lit dans lequel la malade est installée à une heure. L'interne, M. Dupont, examine aussitôt la malade avec un de ses collègues M. Saunal. Ils trouvent le ventre recouvert d'une couche de collodion, ballonné et tellement douloureux qu'il est impossible de rien sentir à la palpation. La malade dit qu'elle souffre comme si on lui enfonçait des épingles dans l'abdomen. Le pouls est rapide, le facies altéré, les traits tirés. Il n'y pas de vomissements. Les lochies ne sont pas supprimées. Le diagnostic péritonite puerpérale s'impose à leur observation. Ils prescrivent des injections vaginales avec une solution de lysol à dix pour mille, une vessie de glace sur le ventre, et du champagne pour bois-

son. A cinq heures, les internes trouvent la malade un peu mieux, le ventre est moins douloureux et la palpation ne permet pas de trouver l'utérus, mais fait sentir, dans la fosse iliaque gauche une tumeur douloureuse, de consistance ferme, de la grosseur du poing. « Nous pensons, disent-ils, à un phlegmon du ligament large, ou à une tendance de la péritonite à enkyster. » Ils font alors une injection intra-utérine avec une solution chaude de lysol à 10 pour 1000 et recommandent de continuer le traitement déjà prescrit en y ajoutant 0. 75 de quinine et trois doses, à deux heures d'intervalle chacune et, en cas de vomissements, des pilules composées d'un centigramme d'extrait thébaïque et de chlorhydrate de cocaïne, pilules dont j'ai fait connaître les bons effets à la Société de Médecine Pratique. Température axillaire 40°, 2. Nuit assez mauvaise, il survient des vomissements peu fréquents, mais abondants, dont la matière est noirâtre et fétide.

Le 17, au matin, la malade est un peu mieux, et la température est descendue à 33°. On sent encore dans la fosse iliaque gauche une tumeur, mais elle est moins nette et moins bien limitée que la veille. Je vois la malade vers les dix heures pour la première fois. L'état général n'est pas mauvais et le facies n'a rien d'hippocratique, mais le ventre est excessivement ballonné et très sensible à la palpation. Les lochies s'écoulent bien. Je fais continuer le traitement prescrit. Dans l'après-midi, la malade s'affaiblit beaucoup, le pouls devient filiforme, elle succombe le 18 à une heure du matin, juste cinq jours et 10 heures après son accouchement.

Autopsie. — Accusant la sage-femme d'avoir causé la mort de sa femme par des manœuvres intempestives, le mari demande l'autopsie qui est pratiquée le 19, à neuf heures du matin, trente-deux heures après la mort.

L'abdomen est encore ballonné et de couleur verte autour de l'ombilic. Aussitôt qu'on a pratiqué l'incision longitudinale

de l'abdomen, les intestins gonflés par les gaz font saillie au dehors de la plaie. Le péritoine est rempli d'un liquide jaunâtre, d'un aspect assez analogue à la matière fécale des personnes qui se nourrissent exclusivement de lait. Mais, pressée entre les doigts, cette substance est différente, et bientôt en soulevant un peu plus les intestins, on voit de nombreux poils dans le liquide ainsi que les anses intestinales, et on ne tarde pas à reconnaître que cette substance, dont la présence est si anormale dans le péritoine, est simplement de la matière sébacée provenant de la rupture d'un kyste dermoïde, situé dans l'ovaire gauche. L'ovaire droit est rouge. Les intestins distendus par les gaz présentent une teinte rougeâtre, sur laquelle se dessinent des arborisations vasculaires plus rouges.

On coupe entre deux ligatures le rectum et l'œsophage de façon à pouvoir enlever facilement toute la masse intestinale et l'examiner à loisir. En la soulevant, on fait écouler une assez grande quantité de liquide plus clair qui était retenu dans la partie supérieure de la cavité péritonéale. On remarque à la surface péritonéale, ainsi que sur le péritoine viscéral et surtout sur la surface convexe du foie, des fausses membranes dispersées en plaques irrégulières dont le diamètre varie de 50 centimes à celui d'une pièce de un franc et cinq francs en argent. La section passe dans le vagin au niveau du col. On voit alors nettement que le kyste dermoïde n'est qu'une transformation de l'ovaire gauche. Il s'est ouvert ou plutôt rompu par son extrémité et l'ouverture est assez grande pour permettre l'introduction de quatre doigts de la main. Son intérieur est rempli de matière sébacée et de poils ayant l'apparence des cheveux. La plupart de ces derniers sont libres, mais un certain nombre sont encore adhérents à la surface interne, ces poils ne s'insérant que sur une sorte de pupille plate de la grandeur d'une pièce de deux francs.

On n'en voit aucun sur le reste de la surface interne. Au moment de l'autopsie, ce kyste renfermait encore au moins la moitié de son contenu.

L'utérus est fendu longitudinalement. Pas de pus. Près de l'orifice du col, on voit une grappe d'œufs de Naboth, et la muqueuse est noire, ecchymosée, comme si elle avait été traumatisée.

OBSERVATION VII (Résumée)

Dr Mundé (New-York, Obstetrical Society 1877).

Kyste dermoïde qui s'enflamme à la suite d'un accouchement. Il a provoqué par rupture une péritonite localisée. La malade reste pendant cinq mois au lit. A la fin du 5^e mois, le contenu du kyste et de la collection se fait jour par le vagin ; l'écoulement continue pendant un an.

OBSERVATION VIII

Boéchat (Communication à la Société d'Anatomie de Paris, 1871)

M. Boéchat fait voir deux kystes de l'ovaire gauche recueillis chez une femme qui a succombé après avoir présenté vingt-cinq attaques d'éclampsie pendant le travail.

Les urines étaient légèrement albumineuses. L'expulsion du fœtus avait été entravée par les tumeurs ovariques.

Autopsie. — L'ovaire gauche offre des kystes multiples ; l'un d'eux s'est déchiré à sa partie supérieure et son contenu athéromateux s'est en partie répandu dans le péritoine pendant la vie. Un autre kyste contient de la matière sébacée et

des poils. Un troisième renferme au milieu d'une matière athéromateuse, une dent implantée dans un fragment d'os qui ressemble à une portion du maxillaire inférieur.

Enfin un quatrième kyste renferme du liquide séreux.

OBSERVATIONS IX, X, XI, XII, XIII, XIV (Nepveu, *loc. cit.*)

Substance stéomateuse avec cheveux. Rupture. Mort onze semaines après

Herapath (*Edimbourg Med. Journal*, 1849)

Hardy de Hulf (*Lancet* 1845). Cheveux et substance coagulée.

Levin (*Geburtsk*, 1851). Kyste dermoïde. Mort après une première ponction.

Meyer (*Deutsch klinik*, 1860). Kyste dermoïde (poils, cheveux et pus). Ponction. Air dans kyste, diarrhée, marasme, mort.

Pangalli (*Annales univ. de medec.*, Luglio, 1859). Kyste dermoïde, dans les premiers mois de la gestation, mort.

Schmidt (*Monatsch. f. Geburtsk*, 1860). Kyste dermoïde, dans les premiers mois de la gestation, rupture, mort.

OBSERVATION XV

Zweifel (*Centralblatt, für Gynæc.*, 1883)

Kyste dermoïde de l'ovaire. — Ponction exploratrice. — Péritonite suraiguë. — Ovariectomie. — Guérison

Mme X..., servante, 24 ans. En 1879, constipation et violentes douleurs dans le côté gauche du corps ; la malade accuse alors une augmentation de volume de son abdomen.

Le ventre augmente considérablement depuis l'automne 1882, jusqu'à son entrée à la clinique.

La tumeur est grosse comme une tête d'adulte ; la grande circonférence du ventre mesure 0,80.

La tumeur qui est élastique, tendue et lisse, ondule nettement.

Elle s'étend à gauche à deux travers de doigt et à droite de quatre travers de doigt des côtes. A gauche violentes douleurs au-dessous de l'ombilic. Mobilité médiocre.

Le 15 janvier, ponction avec l'aspirateur Potain ; on se sert d'une aiguille de 2 ^m/_m 1/2 ; un pus crémeux et granuleux sort de la canule.

L'examen microscopique n'y démontre que de la graisse. On fait le diagnostic du kyste dermoïde.

Déjà, pendant l'aspiration, la malade se mit à crier et à se se plaindre de violentes douleurs dans le ventre. Dix minutes après, elle était très mal, pâlisait et commençait à vomir. Les douleurs étaient tellement violentes qu'on ne pouvait toucher l'abdomen sans arracher des cris. Pouls petit et lent. On diagnostiqua l'entrée des liquides dans le péritoïne et on prépara aussitôt l'ovariotomie qui fut faite deux heures après, avec toutes les précautions antiseptiques.

La malade a guéri parfaitement.

OBSERVATION XVI

Gibert (*Bulletin Société anatomique*, 1856)

X..., enfant de 13 ans, forte, très développée et de bonne santé apparente.

Etat actuel (février 1856) : Abdomen extrêmement volumineux, bombé en avant ; distension très grande. A l'examen, on observe une tumeur avec une collection liquide.

On pratique la ponction le 20 février. Cinq litres de liquide sanguin presque pur. La tumeur a le volume d'une tête d'adulte.

Inflammation du kyste. Péritonite. Mort au bout de six jours.

Autopsie. — Kyste énorme, dont le pédicule est formé par l'utérus et le vagin. Absence de l'ovaire et de la trompe gauche. A droite, état sain des mêmes organes.

Parois du kyste épaisses et fibreuses. Il contient :

1° Un liquide purulent qui a remplacé le liquide sanguin retiré par la ponction ;

2° Trois petites masses graisseuses mêlées de poils ;

3° Une énorme tumeur qui adhère à la partie supérieure du kyste ; cette tumeur se compose d'une quantité de cavités plus ou moins grandes, contenant une substance gélatineuse blanche mêlée de poils.

Au milieu de ces kystes sont disséminés des os, quelques lambeaux de peau adhérent à l'un d'eux. Trois sont assez grands, irréguliers, sans forme appréciable. Deux cependant se rapprochent des maxillaires et portent plusieurs dents. Un autre rappelle le temporal.

Les dents, au nombre de 26, sont de la première et seconde dentition.

OBSERVATION XVII

Gellé (*Annali di Ostetricia e ginecologia, Firenze, 1889*)

Kyste dermoïde de l'ovaire, fortement adhérent à la paroi abdominale antérieure. Les parois furent suturées aux lèvres de la plaie abdominale.

Lavage de la cavité péritonéale avec du sublimé au 1/10000, à cause de l'épanchement du liquide kystique.

La malade alla bien pendant vingt-quatre heures et elle eut à peine quelques vomissements, mais elle fut bientôt épuisée par la diarrhée et mourut cinquante-deux jours après l'opération.

A l'autopsie, foie gras, léger degré de néphrite intestitielle, cœur petit.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

Jacobi (*American Journal of Obstet.*, 1883)

Traduite de l'anglais par mon ami S. Vêras.

Malade venant me consulter pour un ténésme vésical qui dure depuis deux ans. Vessie normale; utérus en antéversion, probablement à cause d'une tumeur qui paraissait avoir la grandeur d'une grosse orange. Pas de dysmenorrhée. Constipation et symptômes névropathiques douloureux.

On a tout tenté pour la débarrasser de tous ces symptômes sans aucun succès.

On s'est décidé, enfin, à faire une ponction aspiratrice du kyste, aussi bien pour s'assurer de la nature de son contenu que pour voir si l'antéversion utérine et le ténésme pouvaient disparaître avec la diminution du volume du kyste.

Ponction par le vagin avec toutes les précautions antiseptiques usuelles. Le liquide retiré ne laissait aucun doute sur la nature dermoïde du kyste.

Repos absolu ; quarante-huit heures après, douleurs aiguës à l'hypogastre droit. On applique des flanelles chaudes et on administre de grandes quantités d'opium. La malade a pu se lever et marcher, quoique la douleur n'avait pas disparu complètement. Avec la prochaine menstruation, qui est arrivée une semaine avant son époque, nouvelles douleurs violentes et tuméfaction très appréciable du côté de l'hypogastre droit.

Au toucher les culs de sac droit et postérieur présentaient une tuméfaction considérable. L'opium encore eut raison de cet accès. Mais des douleurs persistantes forçaient la malade à garder le lit. La seconde menstruation a été accompagnée de douleurs moins violentes; mais la malade fut prise tout d'un coup de douleurs excessives avec vomissements, etc.; quatre jours après, elle tombe dans le coma et meurt.

A l'autopsie : péritonite limitée au pelvis, plus accusée du côté droit; intestins agglutinés surtout sur la face antérieure et postérieure de la tumeur. Le contenu du kyste avait l'aspect de fromage mélangé avec un liquide sébacé jaune et épais. Grande quantité de cheveux et quatre molaires, dont l'une de lait. La trompe adhérait au kyste par des exsudations fibrineuses.

OBSERVATION XIX

Malherbe (*Bulletin Société Anatomique*, Paris 1892).

X... femme âgée de 24 ans, réglée à 14 ans. Leucorrhée dans l'intervalle des règles. Pas d'enfants, ni fausses couches.

Depuis six semaines environ, à la suite de ses règles, la malade a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre, irradiant jusque dans les cuisses et un peu jusque dans les reins. Les pertes blanches deviennent à ce moment plus abondantes. Elle se fait soigner à la Charité pendant trois semaines. Traitement : tampons iodoformés; pas d'améliorations.

En sortant, elle éprouve des douleurs assez vives dans le côté droit du ventre. Elle se décide alors à entrer à l'hôpital Bichat, le 2 mai 1892.

La malade a un peu maigri; son appétit est moins bon; elle a un peu de constipation. A la palpation, le ventre est

plat, la peau légèrement ichtyosique ; par la pression profonde on détermine de la douleur à droite. Rien à gauche.

Par le toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac latéral droit, une petite tumeur arrondie, distincte de l'utérus, se prolongeant un peu en arrière et assez bien limitée. Cette tumeur est fluctuante, sensible à la pression digitale. Utérus mobile et non douloureux. Le 7 mai, M. Broca pratique la laparotomie sous le chloroforme. Incision médiane de deux doigts au-dessus de l'ombilic à la symphyse pubienne. Exploration de la main, après renversement de la malade et intestins refoulés avec des compresses antiseptiques. A droite, on sent pendre contre la face interne du bassin une tumeur ronde et résistante, un peu adhérente aux parois seulement.

En quelques minutes elle est libérée avec la main gauche et amenée dans l'incision au milieu de compresses. C'est l'ovaire kystique, gros comme une forte mandarine ; la trompe est au-dessus et en dehors.

Pédiculisation avec double fil de soie. A gauche, on trouve un ovaire scléro-kystique plus petit, un peu adhérent aux parois. En le libérant, il se crève une petite poche séreuse, ainsi qu'une poche d'où sort un caillot sanguin. La trompe est noueuse. Pédiculisation avec un double fil de soie. Toilette avec tampon aseptique. Durée de l'opération 35 minutes.

La tumeur enlevée que nous présentons est régulièrement arrondie, du volume d'une grosse mandarine et constituée par une enveloppe de deux millimètres d'épaisseur. En fendant ce kyste, on trouve dans l'intérieur une matière qui ressemble au premier abord à du sébum, ayant cependant une consistance plus collante et plus oléagineuse. Poils disséminés en grande abondance.

Au centre, on voit une petite poche à paroi translucide et tremblotante, renfermant une certaine quantité d'un liquide également huileux. A une des extrémités de cette poche, la

matière devient plus concrète et on voit une touffe de poils noirs.

OBSERVATION XX

Otto Engström (d'Helsingfors)

Tumeur dermoïde de l'ovaire droit, quatrième mois de la grossesse.

V. J... 31 ans. Menstruation commencée à 15 ans, régulière depuis, avec une durée de deux à quatre jours, accompagnée de quelque douleur. La patiente s'est mariée à dix-neuf ans, a accouché de trois enfants nés à terme, du dernier il y a neuf ans. Accouchements normaux. Il y a dix ans cette femme remarqua qu'elle avait une excroissance dans le ventre; elle était alors de la grosseur d'une pomme de terre, mais elle atteignit peu à peu le volume qu'elle a actuellement. Elle a toujours été mobile et a été parfois le siège de vives douleurs, dont la fréquence a augmenté dans ces derniers temps. Accomplissement des fonctions intestinales assez difficile. Évacuation des urines assez régulière. Dernière menstruation vers la fin du mois d'août de cette année.

État actuel. — 10 décembre 1888. Utérus mou, courbé normalement en avant, non douloureux, mobile, grossi, le fond se trouvant presque à égale distance de la symphyse et du nombril. Partie vaginale de l'utérus en angle droit avec l'axe du vagin, molle, légèrement élargie, colorée en rouge bleuâtre. Même coloration pour le vagin. Dans le bas-ventre une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile, très peu fluctuante, ronde, non douloureuse, reliée à la corne droite de l'utérus, par un court pédicule, grossesse non douteuse.

Le 12 décembre 1888, l'ovariotomie fut exécutée à la maison d'accouchement. Incision sur la ligne blanche. La tu-

meur est amenée au-dessous de la plaie ; elle est bleuâtre, (non jaune), au toucher son enveloppe n'est pas huileuse ; fluctuation. Ponction à l'aide d'un gros trocart ; il sort un liquide jaunâtre, épais, d'aspect sanieux, mais pendant un brusque vomissement de la patiente, il s'échappe du liquide, le long du trocart, dans la cavité abdominale. L'incision est agrandie promptement et la tumeur extraite. Elle provient de l'ovaire droit. Constriction du pédicule d'après le procédé de Lawson Tait, et, en outre, par une ligature de soie, faite sur deux points au-dessous de l'enveloppe péritonéale. Cautérisation de la plaie (Paquelin). Toute tension du court pédicule a été évitée autant que possible. Toilette péritonéale circonspecte, mais minutieuse, avec une solution tiède de sublimé au 2 millièmes. L'ovaire gauche est sain. La plaie est recousue comme à l'ordinaire par des sutures de soie profonde et par d'autres superficielles. Toute l'opération a été faite en 35 minutes. Bandage de gaze iodoformée avec compression modérée.

La tumeur est un kyste dermoïde uniloculaire ; sur les côtés de l'enveloppe, de longs poils épais formant une pelotte de touffes ; contenu épais, jaune, sanieux, se figeant très vite.

Marche de la guérison régulière. — Le premier jour il fut administré 20 gouttes d'opium par l'anus.

Le deuxième jour cette dose fut administrée par la même voie quatre fois, et le troisième jour trois fois. Aucune contraction utérine sensible. Température maxima 37° 5. Mmaxima du pouls, 100.

Guérison de la plaie par première intention. — Le 25 décembre l'opérée se lève et deux jours après elle sort de l'hôpital.

L'opérée a laissé la relation de son accouchement. Le 25 juin 1889, elle accouche d'une fille vivante du poids de dix livre. Accouchement et les couches sans perturbations.

CONCLUSIONS

Nous avons observé, dans la clinique de M. le Professeur Poncet, deux cas de rupture spontanée dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Cette complication nous a paru, d'après la nature des kystes et des accidents mortels survenus, particulièrement intéressante. Nous avons recherché, dans la littérature médicale, des faits de cette espèce, et de leur étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — La rupture spontanée des kystes dermoïdes de l'ovaire est, toute proportion gardée, plus fréquente que celle des autres kystes ovariens. Nous avons réuni dix-huit observations qui, avec nos deux observations personnelles portent le nombre à vingt.

II. — Au point de vue du mécanisme de la rupture des kystes trois cas peuvent se présenter :

1° Par suite de l'amaigrissement de la poche sur un point, soit, tout à fait spontanément, soit à la suite de manœuvres d'exploration chirurgicales, etc., le kyste s'ouvre dans le ventre.

2° La rupture est précédée de la torsion du pédicule, torsion qui est notablement plus fréquente dans les kystes dermoïdes, que dans les kystes ovariens simples. Sur 57 cas de torsion du pédicule observés par Thornton, il s'agissait 8 fois de kystes dermoïdes.

3° L'ouverture du kyste dans le péritoine est consécutive à une ponction de la poche ainsi que nous rapportons les observations.

III. — L'évacuation d'un kyste dermoïde dans la cavité péritonéale constitue une complication extrêmement grave ; la péritonite aiguë qui lui succède peut être considérée comme presque fatalement mortelle, puisque nous comptons dix-sept morts sur vingt cas.

IV. — Cette gravité s'explique par le contenu du kyste : cheveux, matière sébacée, parfois en voie de putréfaction, corps étrangers divers, etc., toutes substances, parfois de plus septiques ainsi que d'autres liquides qu'on trouve dans le kyste.

V. — Si l'on songe d'autre part à ce genre spécial d'inondation intrapéritonéale, alors que la toilette du péritoine ne saurait être réalisée d'une façon complète, comme nous l'avons vu sur la malade opérée par M. Poncet, immédiatement après la rupture du kyste, produite sur la table d'opération avant l'incision abdominale on s'explique aisément l'infection. Les matières grasses, huileuses, etc., se collent aux anses intestinales et s'agglutinent dans tous les coins et recoins de la séreuse et malgré une éviscération méthodique, malgré des lavages et un assèchement parfait, etc., on laisse encore fatalement dans la séreuse une partie du contenu du kyste.

Il n'est donc pas étonnant que malgré, un large drainage par le cul-de-sac postérieur du vagin, malgré la mise en place d'un Mikulicz, la péritonite infectieuse ne puisse être conjurée.

VI. — Nous conseillons cependant dans les ruptures intrapéritonéales des kystes dermoïdes, ce double drainage et, suivant le conseil de M. Poncet, le pansement à plat, à ciel ouvert de la plaie abdominale sans aucune suture destinée à rapprocher les bords.

VII. — De la rupture spontanée, plus à redouter dans les kystes dermoïdes ovariens que dans les autres découle, en outre, cette conclusion de tout kyste dermoïde de l'ovaire diagnostiqué doit être opéré à brève échéance.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR

G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 19 Mars 1898.

BIBLIOGRAPHIE

- ARONSON. — Dissert. inaug., Zurich, 1882.
BARNES. — Maladies des femmes.
BERNUTZ et GOUPIL. — Cliniques des malad. des femmes.
BLAND-SUTRAS. — Dermoids, London, 1889.
BOÉCHAT. — Bull. Soc. Anat., 1871.
BOINET. — Traité pr. des malad. de l'ovaire (2^e édit.).
BOURNEVILLE. — Soc. de biologie, 1867.
CAMUS. — Revue médicale, 1854.
CHANTREIL. — Société Anatom., 1866.
CORNIL et BABINSKI. — Société Anatom., 1883.
COURTY. — Maladies de l'utérus, etc. (2^e édit.).
COUSIN. — Thèse de Paris, 1887.
DEMONS. — Journ. Med., Bordeaux, 1896.
DOUGLAS RICH. — Complic. occurring in the clinical of ovarian cyst (New-York med. Journ., 1889, t. I).
DARCY J.-H. — Laparot. in a case of dermoïde cyst. (Med. News Philadelp., 1889).
DEMARQUAY. — Bull. soc. Chirurg., 1862.
DÉRIEN. — Thèse de Paris, 1893.
DOLARD. — Lyon Médical, 1888.
DOR et BÉRARD. — Gaz. hebdomad., 1896.
DUNCAN. — Med. Times, 1872.

- DUPLAY. — Gaz. des Hôpitaux, 1891.
DUPLAY. — Bull. Chirurg., 1881.
EMMET. — New-York med. Journ., 1884., t. I.
FRÆNKEL. — Wiener Med., Wolkensch., 1883.
GALLARD. — Leçons cliniq. sur les malad. des ovaires, 1886.
GELLÉ. — Annali di ostetricia et gynecologia, Firenze, 1889.
GIBERT. — Bull. Soc. Anatom., 1856.
GOODEL William. — Journal de medec., 1883.
GOUVEA-TORRES. — Ann. de Gynecol., 1878.
GUICHARD. — Thèse de Lyon, 1895.
HEILBRUN. — Münch méd. Wochenschr., 1887.
HUE. — Thèse de Paris, 1883.
HEURTAUX. — Bull. et Mém. Soc. Chir., 1886.
HEITZMANN. — Allg. Wien méd. Zeit., 1889.
JACOBI. — (Mary Putnam) (Amér. Journ. of Obstétr., 1883).
JENKINS. — Amér. Journ. of obstér., 1880.
JULHIET. — Thèse de Lyon, 1895.
KISSELOFF. — Thèse de Paris, 1897.
KRUKENBERG. — Arch. für Gynak., XXX., 1887.
LACHAPELLE. — Prat. des accouch. III. t..
LAIR. — Thèse de Lyon, 1892.
LANNÉLONGUE (de Bordeaux). — Leçons de Clin. chirurg., 1888.
LEBERT. — Mém. de la Soc. de Biol., 1852.
LEFRANC. — Thèse de Paris, 1886.
MALHERBE. — Bull. Soc. Anat., 1892.
MEGRAT. — Ann. de Gynec., 1885.
MOORE. — Trans. of Path. Soc. of London, T. XVIII.
MORISON. — Edimb. méd. Journ., 1888.
MOULS. — Thèse de Paris, 1890.
MOUTHON. — Thèse de Paris, 1897.
MUNDÉ. — New York Obstetr. Society, 1877.
NEPVEU. — Ann. de Gynecol., 1875.

- OLSHAUSEN. — Die krankl. der ovarien, Stuttgart, 1886.
- PANTZER. — Méd. Standard Chicago, 1889.
- PARIZOT. — Thèse de Paris, 1886.
- PÉAN. — Cliniq. chirurg. t. IV.
Traité de diagn. des mal. des ovaires.
- POLAILLON. — Soc. de gynéc. de Paris, 1888.
- PONCET. — Thèse de Lair.
- POZZI. — Traité de Gynécol (dern. édit.).
- POUPINEL. — Thèse de Paris, 86. Ann. gynéc., 1890.
- RÉMY. — Thèse d'agrégat., 1886.
- RÉPIN. — Thèse de Paris, 1892.
- ROKITANSKY. — Allg. Wien. Med. Zeit, 1886.
- ROLLIN. — Thèse de Paris, 1889.
- ROSINSKI. — Dissertat. inaugurale. Breslau, 1891.
- SAFFORT-LEE. — Voir Courty, 2^e édit.
- SANGER. — Soc. gynéc. de Leipzig, 1887.
- SANT-ANNA (de). — La Gynécol., 1896.
- SCHWARTZ. — Annal. chir. Paris, 1888.
- SEBILEAU. — Thèse de Paris, 1889.
- SEGOND. — Encycl. intern. de chir., t. VII^e.
- SIMPSON. — Edimb. Méd. Jour., 1894-95.
- SINÉTY (de). — Traité de Gynécol.
- TAIT-LAWSON. — Traité des Malad. des ovaires, 1886.
- TAUFFER. — Virchow's Arch. (CXLIII), 1895.
- THÉVÉNARD. — Bull. Soc. anat. 1892.
- THIBAUDET. — Journ. de Sc. Méd., Lille 1890.
- THORNTON. — Amér. Journ. of. méd. Sc. 1886-88.
- TISON. — Bull. Soc. Anat. 1892.
- TRÉVOUX. — Thèse de Lyon, 1888.
- VINAY. — Nouv. Arch. d'Obstétr. 1893.
- WAITE (MME). Thèse de Paris, 1883.
- WELLS SPENCER. — Ovarian Tumors, 1882. — Malad. des ovaires, 1865.
- ZWEIFEL. — Centr. für. Gynœc., 1883.

